

P-105

USO DA FORMULAÇÃO CODEÍNA+PARACETAMOL EM INDIVÍDUOS COM URTICÁRIA POR AINHs

DENTE M, YANG A., MOTTA A., KALIL J., GIAVINA-BIANCHI P.
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de São Paulo, São Paulo, SP.

Os AINHs constituem etiologia freqüente de urticária e pacientes com urticária crônica podem apresentar piora dos sintomas com uso de AINHs. Uma alternativa para esses pacientes seria o uso da formulação Codeína + Paracetamol, porém sabe-se que a Codeína tem a capacidade de promover desgranulação direta de mastócitos.

Objetivo: Determinar a freqüência de reações cutâneas de hipersensibilidade tipo I à formulação Codeína + Paracetamol em pacientes com urticária/angioedema a múltiplos AINHs.

Métodos: estão sendo estudados 50 pacientes de 18 a 65 anos com urticária por múltiplos AINHs provenientes dos ambulatórios de Imunologia Clínica e Alergia do HCFMUSP.

Estes pacientes foram submetidos ao teste de provocação oral com 30 mg de Codeína via oral e se negativo, após 1 semana, teste com 30 mg de Codeína + 500 mg de Paracetamol via oral.

Resultados: Até o momento 20 pacientes foram testados, sendo que nenhum destes apresentou reação a codeína isolada. Apenas 1 paciente (5%) apresentou reação à formulação Codeína + Paracetamol.

Conclusão: analisando os dados obtidos até o momento, podemos concluir que a prescrição de Codeína + Paracetamol é segura para pacientes com urticária a múltiplos AINHs.

P-106

URTICÁRIA CRÔNICA E AUTO-IMUNIDADE

HIGASHIZIMA E, LESSA MCSR, FARINA RP, MENEZES MCS, FORTE WCN.

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, SP.

Objetivo: Relato de caso de um paciente com quadro de urticária crônica, cuja investigação etiológica demonstrou presença de crioglobulinemia, auto anticorpos contra tireóide, seguindo em investigação para colagenose.

Relato do caso: FFS, 10 anos, sexo masculino, raça branca, natural e procedente de São Paulo, estudante, com quadro de urticária há cerca de 3 anos com freqüência aproximada de uma vez por mês desencadeado principalmente pelo contato com água fria (piscina, mar ou banhos frios) e em dias de clima frio. Negava outras queixas. Os exames laboratoriais demonstraram teste cutâneo de hipersensibilidade imediata com positividade para Der p 1 e Der f 1, teste cutâneo para alimentos negativo, hemograma normal, sorologias anti-HBS positiva (vacinado), rubéola IgG positiva (vacinado) e IgM negativa. Demais sorologias negativas. Complemento total e frações normais, FAN reagente (1/80), ASLO negativo, fator reumatóide negativo, anti-coagulante lúpico positivo, células LE negativo, PPD não reator, crioglobulinemia positiva, dosagens de hormônios tireoidianos normais mas com anticorpo anti-microsomal aumentado, VHS= 10, PCR < 0,4, coagulograma normal e exame de urina normal. Iniciou tratamento com ciproheptadina havendo apenas melhora parcial do quadro com diminuição do número de episódios. Optou-se então pela associação com loratadina apresentando boa evolução, mantendo apenas quadros esporádicos. Atualmente está em acompanhamento concomitante nos setores de reumatologia pediátrica e endocrinologia pediátrica onde segue em investigação.

Conclusão: Concluímos que o paciente apresenta urticária crônica, como manifestação de um quadro de auto-imunidade. Ressaltamos a importância de uma investigação detalhada nos quadros de Urticária crônica, sendo a urticária crônica idiopática, um diagnóstico de exclusão.

P-107

ERITEMA MULTIFORME MAJOR DE APRESENTAÇÃO LIMITADA ÀS SUPERFÍCIES MUCOSAS

DRACOUKAKIS M, FERNANDES FR, CRIADO RFJ, AUN WT, MELLO JF

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual –“FMO”-SP

Paciente sexo masculino, 37 anos, vendedor, com queixas de febre, tosse produtiva (com expectoração purulenta) e odinofagia, fez uso, sem prescrição médica, de “Coquetel de Eucalipto”, Diclofenaco e Dipirona por conta própria, sem melhora dos sintomas, desenvolvendo úlceras orais, disúria e eritema conjuntival após aproximadamente 02 dias do uso destas medicações. Procurou assistência médica que lhe prescreveu Fexofenadina e mudou o Diclofenaco para uma formulação dispersível. Posto que não houve melhora, 03 dias após início do quadro oral/conjuntival/ureteral, buscou assistência no PS do HSPE-“FMO”, onde foi internado, parando uso das medicações citadas, sendo solicitada interconsulta aos serviços de Alergia e Dermatologia, e posteriormente ao serviço de Oftalmologia.

Verificou-se que o paciente apresentava lesões orais com exulceração, com bastante secreção purulenta, e conjuntivais, mas nenhuma lesão cutânea. Mantinha queixa de disúria e odinofagia importantes. Apresentava infecção pulmonar concomitante, em tratamento com antibiótico macrolídeo. Em avaliação por oftalmologista verificou-se a presença de hiperemia, quemose, secreção mucosa e pseudomembrana, sem formação de simbléfaro.

Os exames laboratoriais demonstraram aumento das enzimas hepáticas uréia e creatinina, e leucocitose com neutrofilia e presença de formas jovens (10% de bastões) sem eosinofilia.

Referia antecedente de herpes genital de repetição, negava antecedente pessoal ou familiar de atopia.

Houve melhora progressiva das lesões ao longo da internação, durante a qual fez uso de Hidrocortisona, Ampicilina e terapia de suporte. Recebeu alta sem intercorrências 01 semana após admissão, com melhora tanto clínica como laboratorial.

P-108

LESÕES FACIAIS DA DERMATOMIOSITE: MELHORA COM PIMECROLIMUS CREME

PIRES, MC; RODRIGUES, RNS; SAWAIA S.

Serviço de Dermatologia do Hospital do Servidor Público Estadual-SP

A dermatomiosite é uma doença auto-imune com acometimento dermatológico, muscular e reumatológico, entre outros. Pode surgir na criança ou em adultos. As lesões dermatológicas atingem principalmente a face e extremidades e seu tratamento é difícil. Apresentamos um caso em que o pimecrolimus foi útil no controle destas lesões.

Paciente do sexo masculino, 14 anos de idade com quadro de fraqueza muscular e lesões eritematosas na face e mãos há 4 anos. Realizada a biópsia muscular que revelou calcificação distrófica, atrofia de fibras musculares e fibrose intrafascicular. Feito o diagnóstico de dermatomiosite. Atualmente usando prednisona, azatioprina e infliximabe (anti-TNF- α). Houve melhora do componente muscular, porém as lesões de pele faciais não se modificaram. Apresentava lesões eritematosas e telangiectasias na frente, pálpebras superiores e inferiores, bochechas e mento. Devido à localização das lesões, foi tratado com pimecrolimus creme 1% 2 vezes ao dia. Após 15 dias já apresentava grande melhora das lesões de pele. Com 30 dias, mostrava regressão quase completa das lesões. Atualmente continua em seguimento ambulatorial, com bom controle do quadro dermatológico.

Discussão- a localização das lesões faciais, com grande acometimento de pálpebras nos forçaram a evitar o uso de corticóides tópicos, devido aos potenciais efeitos colaterais oculares. O pimecrolimus é um imunomodulador tópico com bom perfil de segurança para uso na face, com boa atividade anti-inflamatória. O paciente apresentou melhora das lesões faciais, porém foi mantido o tratamento sistêmico. Acreditamos que esta medicação pode vir a ser uma boa opção terapêutica para as lesões faciais da dermatomiosite, assim como de outras colagenoses.

P-109

FATORES CLÍNICOS E GRAVIDADE DA DERMATITE ATÓPICA.

FAVACHO AJM, FONSECA LAM, YANG AC, KALIL J.

Disciplina de Imunologia Clínica e Alergia da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo- FMUSP-SP.

A dermatite atópica (DA) é uma das primeiras manifestações de atopia. É uma doença de caráter crônico e recidivante, clinicamente caracterizada por lesão pruriginosa, descamativa, de distribuição clínica peculiar e variável de acordo com a idade do paciente. Os fatores que influenciam o prognóstico e a gravidade da doença têm sido objeto de muitos estudos publicados recentemente. O objetivo deste trabalho foi verificar a existência de associação entre determinadas características clínicas e a gravidade da doença. Foram avaliados 110 prontuários de pacientes cadastrados no prontuário eletrônico do serviço de Imunologia Clínica e Alergia do HC-FMUSP no período de fevereiro/ 2003 a agosto/ 2004 e informações complementadas por ligações telefônicas. A média de idade atual observada foi de 15,5 anos, com predomínio do sexo feminino (54,5%). As doenças associadas foram: rinite alérgica em 97 pacientes, asma em 58, conjuntivite em 12 e alergia alimentar em 7. Vários pacientes apresentavam associação de duas ou mais doenças. Foram encontrados apenas 9 pacientes com DA isolada. Dentre os pacientes que iniciaram a doença até os dois anos de vida 54,7% apresentavam formas moderadas ou graves, enquanto entre aqueles que iniciaram a doença após essa faixa etária 70,2% apresentavam formas leves da doença. Observou-se que 66 pacientes receberam aleitamento materno até 4 meses de vida, dos quais 62,2% apresentavam DA leve; 33 pacientes receberam aleitamento materno por mais de 4 meses de vida, dos quais 57,6% com forma leve da doença, porém dos 11 pacientes que nunca foram amamentados, 7 (63,7%) apresentaram formas moderadas ou graves. Dentre as características estudadas, o aleitamento materno e o início mais tardio dos sintomas foram fatores de melhor prognóstico da doença, o que está de acordo com a literatura.

P-110

TRATAMENTO DE DERMATITE ATÓPICA GRAVE EM UM LACTENTE COM CREME DE PIMECROLIMUS.

LEITE AAC, LEITE RMS

Instituto Saint Louis de Alergia e Dermatologia, Brasília-DF.

Este trabalho teve como objetivo relatar um caso clínico de dermatite atópica grave em um paciente lactente, situação em que opções terapêuticas seguras e eficazes são de difícil escolha e que o pimecrolimus creme demonstrou ser uma alternativa terapêutica válida.

A dermatite atópica é uma doença inflamatória crônica, recidivante, que ocorre em indivíduos com história pessoal ou familiar de um ou mais componentes de atopia (asma, rinite alérgica e dermatite). A dermatite no lactente é caracterizada por lesões eritemato-vésico -secretantes, erosivas, com crostas e escamas, acomete principalmente a face: fronte e regiões malares, poupando maciço centro - facial e em casos graves pode atingir grande parte da superfície cutânea.

Apresentamos o caso de uma paciente do sexo feminino, 6 meses, que apresentou diagnóstico de alergia alimentar à introdução de sólidos à dieta aos 4 meses de idade. O quadro foi caracterizado por diarreia, quadro cutâneo de dermatite e déficit de crescimento, tendo sido submetida a dieta de eliminação de leite de vaca e seus derivados, cedendo o quadro diarréico, mas sem melhora do quadro cutâneo.

Ao exame físico apresentava lesões eritemato-descamativas ocupando face, couro cabeludo, face extensora dos membros e tronco superior, ocupando 54% da superfície corpórea, de curso contínuo, associada a prurido alterando o sono, e dificuldade para dormir. Foi realizado o diagnóstico de dermatite atópica grave, de acordo com os critérios de Hanifin, Rajka e Langeland. (8 pontos em 10 possíveis). A intensidade e extensão do quadro dificultaram a escolha de alternativa terapêutica. Optamos por utilizar o inibidor de calcineurina pimecrolimus em creme 2x dia em toda a área acometida. Após 7 dias de tratamento, observamos o desaparecimento de 90% das lesões pré-existentes e relato de melhora substancial na qualidade do sono da paciente. Não observamos efeitos colaterais. Avaliações posteriores, após a suspensão da droga, demonstraram reinício do processo inflamatório cutâneo, (Hanifin, Rajka e Langeland de 3 pontos em 10 possíveis) prontamente controlado com a reutilização precoce da medicação. O quadro gastrointestinal permaneceu controlado e a paciente apresenta crescimento e desenvolvimento normais até o momento.

P-111

DERMATITE ATÓPICA GRAVE COM IGE TOTAL ACIMA DE 60.000 KU/L- RELATO DE CASO

BENASSULY E, FERRARONI N, VALLE F, CÓRIO F, SILVA L, RUTOWITCH M, CORREIA NB, GARCÉS M, GRANUZZO M, LOJA C.

Setor de Alergia e Imunologia, Serviço de Clínica de Médica, Hosp. Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

A dermatite atópica é uma doença de caráter crônico e recidivante que acomete principalmente crianças até os cinco anos, cuja incidência vem aumentando nos últimos anos. Possui fisiopatologia complexa, onde atuam fatores genéticos, imunológicos, ambientais e fatores emocionais. Apesar de não apresentar mortalidade significativa, possui elevada morbidade pelo desconforto que traz aos pacientes, muitas vezes com repercussões sociais e psicológicas. Relatamos o caso de uma paciente: V.S., 17 anos, branca, solteira, estudante, natural de Campos dos Goytacazes e procedente de Guapimirim-RJ, encaminhada do Setor de Dermatologia para avaliação. Relatava que há 10 meses iniciaram-se na face máculas eritematosas que evoluíram rapidamente para tronco, e membros superiores e inferiores. Foi tratada com anti-histamínico, óleo de amêndoas, sabonete glicerinado e "creme hidratante" com melhora, porém apresentou recidiva do quadro após interrupção da medicação. As máculas reapareceram inicialmente na face, acompanhadas de edema, atingindo todo tegumento, discretamente nas palmas e plantas. Posteriormente houve espessamento da pele, principalmente na nuca e nas dobras, acompanhada de fissuras e prurido. Em sua história patológica progressiva referiu asma (leve intermitente) e rinite alérgica leve. É filha de pais consanguíneos (irmãos), já residiu em lar adotivo e orfanato, atualmente mora com a tia materna, que é asmática. Na admissão apresentava regular estado geral, linfonodomegalia generalizada: cervical, axilar e inguinal bilateral, indolor, não fixos a planos profundos, menor que 1cm. Otite média serosa direita. Hipertrofia moderada dos cornetos, mucosa nasal pálida. Importante espessamento da pele, principalmente áreas flexurais, e região cervical posterior, pele xerótica e áreas com fissuras, localizadas em tronco e membros superiores. Palmas das mãos e plantas dos pés discretamente acometidos, apresentando leve espessamento da pele, com acentuação dos sulcos. Unhas poupadas. Demais aparelhos e sistemas sem alterações. Foram solicitados: Hemograma (13.000 leucócitos 0/18/72/03/64/03); VDRL, Anti-HIV, HBsAg, Anti-HBs, Anti-HBc, perfil renal, glicemia, VHS, protoparasitológico, EAS (urina I), Raio X tórax, TSH e T4 livre: dentro da normalidade; Biópsia de pele: dermatite crônica; IgE total: 62.480 kU/l; IgE específica para poeira doméstica acima de 100 kUA/l, leite de vaca 0,53kU/l, chocolate 0,48kU/l e crustáceos 8 kU/l. Foi iniciado o tratamento com óleo mineral e creme lanette, hidroxizine 75mg/dia, cefalexina 2g/d e cetozonazol 100mg/d, dieta de restrição alimentar, controle ambiental e imunoterapia específica, com boa evolução. Também está sendo acompanhada nos ambulatórios de Psicologia e Dermatologia.

P-112

DERMATITE ATÓPICA GRAVE ASSOCIADA À DIMINUIÇÃO DE QUIMIOTAXIA POR MONÓCITOS

DALMÁCIO PLB, ETO VN, MENEZES MCS, SHIBATA EK, BASTOS CLF, TANAKA E, FORTE WCN.

Setor de Alergia e Imunodeficiências da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e Disciplina de Imunologia da Faculdade de Ciências Médica da Santa Casa de São Paulo, SP.

Objetivo: Relato de caso de criança com dermatite atópica grave com infecções fúngicas de repetição associada a diminuição de quimiotaxia por monócitos.

Relato: MCB, 9 anos, sexo feminino, brasileira, natural e procedente de Franco da Rocha-SP, encaminhada da Endocrinologia Pediátrica onde acompanha por retardo constitucional do crescimento, apresentando dermatite atópica grave, com infecções fúngicas de repetição. Apresenta também quadro de rinoconjuntivite alérgica e asma intermitente. Durante investigação, apresentou dosagem de IgA =164 mg/dl, IgM =106 mg/dl, IgG = 1640 mg/dl, IgE = 26.800UI/ml, hemograma normal sem eosinofilia. O parasitológico de fezes foi negativo (3 amostras), e o ensaio imunoenzimático para toxocaríase, não reagente. Apresentou diminuição de quimiotaxia por monócitos, fagocitose por monócitos normal, quantificação de linfócitos T=2226 células/mm(70%), linfócitos B=572células/mm(18%), CD4=1208 células/mm(38%), CD8=954 células/mm(30%), e a relação CD4/CD8=1,26, NBT normal. Evoluiu com melhora do quadro clínico com antifúngicos tópicos e sistêmicos associados a anti-histamínicos, cuidados gerais de hidratação da pele e profilaxia com shampoo de cetozonazol.

Conclusão: Observamos a associação entre dermatite atópica grave com infecções fúngicas de repetição e a diminuição da quimiotaxia por monócitos, mostrando a importância da avaliação da atividade fagocítica nestes pacientes e da profilaxia adequada para infecções fúngicas.

P-113

RELATO DE CASO: ALERGIA AO LÁTEX COM SENSIBILIDADE AO ESPINAFRE

GERARDI DM, BALDAÇARA RPC, FERNANDES FR, VIZEU MCM, MELLO JF, AUN WCT
Hospital do Servidor Público Estadual. – HSPE - FMO

LLPO, 43 anos, professora, sexo feminino, com história de infecções urinárias de repetição desde os quatro anos de idade, tendo realizado diversas cateterizações diagnósticas e terapêuticas com diagnóstico de cistite intersticial. Submetida a 7 cirurgias, por outras patologias, sem história de reações ao látex.

Aos 32 anos, cursou com angioedema labial após procedimento urológico. Na época apresentou reações orais a pêra, mamão e mandioca. Refere também sintomas de rinite.

Aos 38 anos apresentou exantema generalizado e edema facial após ingerir pêra e pêssego.

Quanto ao teste cutâneo de leitura imediata, o resultado foi positivo para látex (extrato comercial ALK) e extratos de luvas e negativo para os principais inalantes. Feito RAST para: kiwi-classe zero / insetos-classe zero / látex-classe 4 (41KUA/L)/ banana-classe 1 (0,6KUA/L). Dosagem de IgE-477 UI/ml.

Posteriormente realizado "prick to prick" para frutas: mamão = 8mm, manga = 6mm, maracujá = 4mm, figo = 4mm, uva = 3mm, kiwi = 2mm, pinha = negativo e histamina = 6mm.

Aos 40 anos, teve exposição acidental a luva de látex com edema em mãos e hiperemia ao contato com a mesma.

Aos 41 anos feito diagnóstico de hepatite C ativa, iniciando uso de interferon, sem intercorrências alérgicas.

Atualmente, evitando contato com materiais contendo látex e alimentos relacionados com controle dos sintomas alérgicos.

Porém, apresentou quadro de broncoespasmo, sensação de sufocamento após ingestão de espinafre. Foi realizado "prick to prick" com espinafre cru e cozido com formação de pápulas de 6 mm(cru) e 5 mm(cozido). Aplicamos o mesmo teste em 4 controles (2 atópicos e 2 não atópicos) que foram negativos.

Relatamos caso de uma paciente com diagnóstico da alergia ao látex que vem evoluindo com múltiplas sensibilizações alimentares incluindo mandioca e espinafre incomuns na literatura.

P-114

ALERGIA AO LÁTEX EM PACIENTE COM MIELOMENINGOCELE – RELATO DE CASO

FERRARONI N, VALLE F, BENASSULY E, CORRÊA NB, GARCÊS M, LOJA C.

Setor de Alergia e Imunologia, Serviço de Clínica de Médica, Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro.

A alergia ao látex é desencadeada tanto pelo contato com proteínas presentes no látex cru quanto em extratos de produtos da borracha, havendo reação cruzada entre o latex e determinadas frutas e legumes. Apresenta uma grande relação com pacientes portadores de mielomeningocele. As reações variam desde uma leve urticária, rinite, ou broncoespasmo, até sintomas mais graves, como anafilaxia, podendo ser fatal. Será descrito o caso de uma paciente com mielomeningocele que apresenta alergia ao látex. PTP, 14 anos, feminina, natural do Rio de Janeiro iniciou em 2004 acompanhamento para tratamento de bexiga neurogênica sendo submetida a cirurgia reparadora, a qual foi interrompida pois a paciente apresentou choque anafilático. Relatava história de broncoespasmo em contato com látex, e prurido perioral ao ingerir manga aipim e mamão. Na história patológica pregressa relatava luxação em quadril esquerdo, cirurgia para correção de mielomeningocele, infecções urinárias de repetição e bronquiolite. História familiar positiva para atopia. Exame físico sem alterações significativas. Teste cutâneo de leitura imediata positivo para látex, teste de provocação com eritema e prurido, IgE específica positiva. A paciente foi orientada a evitar contato com látex e iniciar imunoterapia para dessensibilização.

P-115

RELATO DE CASO: ALERGIA AO LÁTEX COM REAÇÃO CRUZADA À BERINJELA(SOLANUM MELONGENA)

TANNO, KL; OLIVEIRA, AKB; YANG, A; KALIL, J; MOTA AA.
Divisão de Imunologia Clínica e Alergia do HCFMUSP, São Paulo, Brasil

Introdução: Alergia ao látex é uma reação IgE mediada, que pode se manifestar em graus variáveis de intensidade, desde urticária a reações sistêmicas graves, como anafilaxia. Possui reação cruzada com alguns alimentos, dentre os quais a berinjela (*Solanum melongena*). Objetivo: Relatar o caso de uma paciente de 44anos, com história de anafilaxia ao látex, apresentando angioedema e urticária após ingestão de berinjela. Materiais e métodos: Estudo descritivo por anamnese e exame físicos completos, na qual a paciente de 44anos apresentava história de dispnéia com sibilância, urticária, angioedema e sintomas rinoconjuntivais após contato com luvas de látex, devido à exposição profissional (auxiliar de limpeza hospitalar) há 3anos. Relata que há 1ano, apresentava episódios de urticária e angioedema labial e periorbitário após 05minutos da ingestão de berinjela. Realizados testes cutâneos de leitura imediata para alimentos, inalantes e látex; dosagem de IgE específica para alimentos infantis, látex, poeira doméstica, fungos e dermatofagóides, exames séricos, prova de função pulmonar, teste do dedo de luva de látex e teste de provocação oral duplo cego controlado com berinjela. Resultados: O teste cutâneo de leitura imediata foi positivo para látex e berinjela (prick to prick), IgE sérica total igual a 208, IgE específica para látex classe IV, teste do dedo de luva de látex positivo, prova de função pulmonar demonstrou distúrbio obstrutivo leve com reversibilidade após broncodilatador. Teste de provocação oral em andamento. Conclusão: Pacientes sensibilizados a látex frequentemente apresentam reações cruzadas a vários alimentos (frutas e legumes), e neste caso, o alimento implicado foi a berinjela, raramente descrita na literatura.

P-116

REAÇÃO A CONTRASTE IODADO EM TESTE CUTÂNEO IMEDIATO - RELATO DE CASO.

BALDAÇARA RPC, FREITAS FT, PEREIRA VAR, FERNANDES MFM, AUN WT, MELLO JF.

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo-FMO.

MCCD, sexo feminino, 70 anos (DN 18/07/1934), procedente de São Paulo, encaminhada ao nosso Serviço, pelo cardiologista, para a avaliação de reação adversa ao contraste iodado. Relata história de dispnéia, seguida de hipotensão e posterior síncope, poucos minutos após a administração de contraste iodado endovenoso, durante a realização de tomografia de crânio para avaliação de acidente vascular cerebral isquêmico, há três anos. Foi atendida, neste momento, pelo médico radiologista e encaminhada à enfermaria para estabilização clínica, não sendo necessário manobras de reanimação cardio-pulmonar. Atualmente, a paciente é portadora de insuficiência coronariana necessitando de realização de cinecoronarioangiografia para elucidação diagnóstica. Em virtude da história clínica compatível para a reação alérgica a contraste iodado foi indicado teste cutâneo com contraste iobitridol 300 (Henetrix), contraste utilizado no serviço de cinecoronarioangiografia do HSPE - São Paulo, em ambiente hospitalar, com material de emergência disponível. A paciente foi admitida em bom estado geral, exame físico normal, PA=120X80 mmHg, FC=70 bpm, FR=20 ipm. Foi realizado teste cutâneo imediato com: iobitridol 300 sem diluição; controle positivo com histamina (solução milesimal); controle negativo com solução salina. Após 15 minutos da punção com contraste iodado houve formação de pápula com diâmetro de 5mm, sendo o controle positivo com pápula de 6mm. Após 5 minutos, a paciente apresentou hipotensão (PA=100X60 mmHg) e tontura, sendo realizada a manobra de Trendelenburg com estabilização clínica. Por segurança, foi administrado fexofenadina 180 mg por via oral e optou-se por manter a paciente em observação hospitalar por 6 horas. Durante este período, observou-se que a paciente apresentava boas condições clínicas, sendo concedida à alta médica. **Comentários:** Relatamos caso de provável reação do tipo I de Gell e Combs ao contraste iodado evidenciada por teste cutâneo imediato positivo compatível com a história clínica.

P-117

RELATO DE CASO – SÍNDROME DE SEZARY

TANNO, K L; OLIVEIRA, A K B; ORECHOWSKI, A; KALIL, J; ABDALLAH, A K.
Divisão da Disciplina de Alergia e Imunologia Clínica do HC FMUSP, São Paulo, Brasil

Introdução: A Síndrome de Sezary é uma desordem linfoproliferativa que está entre os linfomas cutâneos de células T. Surge primariamente na pele e pode invadir posteriormente o sangue e evoluir para um linfoma generalizado. Diagnóstico diferencial com as eritrodermias esfoliativas, como as farmacodermias, dermatite de contato crônica, dermatite atópica e psoríase. **Objetivo:** Relatar o caso de uma paciente de 45 anos, com eritrodermia esfoliativa cujo diagnóstico definitivo foi o de Síndrome de Sezary. **Material e métodos:** Estudo descritivo por anamnese e exame físico completos, onde uma paciente de 45 anos tinha história de eritrodermia esfoliativa há 14 meses, acompanhada de queda do estado geral e lindenomegalia axilar bilateral. A pele encontrava-se hiperemiada em mais de 90% da superfície com descamações em placas difusas, principalmente em membros superiores e inferiores e região cervical. Foram realizadas biópsias de pele em região extensora da coxa, antebraço direito e dorso, e imunofenotipagem com perfil oncoematológico. Sorologias para CMV, HTLV1 e hepatites B e C. **Resultados:** As biópsias de pele foram sugestivas de processo linfoproliferativo devido infiltração linfocitária superficial com epidermotropismo e fibrose da derme papilar. A imunofenotipagem por citometria de fluxo e o hemograma evidenciaram células de Sezary em sangue periférico. Foi iniciado o tratamento com fototerapia e quimioterapia e a paciente segue em acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** A hipótese diagnóstica de Síndrome de Sezary partiu do quadro clínico de eritrodermia esfoliativa. Dessa forma concluímos que o diagnóstico diferencial de Síndrome de Sezary com outras eritrodermias, principalmente as farmacodermias, é de fundamental importância. Com história clínica detalhada e exames laboratoriais bem indicados podemos estabelecer o diagnóstico definitivo e iniciar o tratamento adequado.

P-118

REAÇÕES ALÉRGICAS A ANESTÉSICOS: MITO OU REALIDADE?

ANÁLISE DE 90 CASOS COM HISTÓRIA SUGESTIVA.
PESSAMÍLIO PR, RIOS JLM, PEREIRA NF, RIOS JBM
Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Objetivos, metodologias e resultados:

INTRODUÇÃO: Reação alérgica a anestésicos rara, embora reações de outra natureza ocorram com maior frequência, como as reações tóxicas, psicomotoras, ou aos conservantes dos anestésicos. Reações anafiláticas e anafilactóides estão na faixa de 1:13000 atos anestésicos. É imprescindível diferenciar as reações anafiláticas das demais, uma vez que disso depende o prognóstico certo e o tratamento adequado.

OBJETIVO: Analisar a história de alergia a anestésicos e testar a sensibilidade a anestésicos locais em pacientes que procuraram a Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo de análise dos prontuários da Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro no período de janeiro de 2000 a novembro de 2003. Foram selecionados todos os que apresentaram história sugestiva de reação alérgica a anestésicos, ou que foram encaminhados ao serviço para teste com anestésicos, num total de 90 pacientes. Todos foram submetidos a testes cutâneos por punctura e intradérmicos, em concentrações progressivas, até se atingir a dose farmacologicamente recomendada ou o advento de reação positiva.

RESULTADOS: Os odontólogos foram os que encaminharam maior número de pacientes, 58 (64,4%), seguidos por cirurgiões (8,9%) e alergistas (4,4%). Reações a anestésicos locais foi o motivo para 60 pacientes (54,4%), e a anestésicos gerais só para 4 (3,3%). 34 pacientes (31,1%) relatavam reações a outros medicamentos. Das reações relatadas, 59 (52,9%) tinham características vaso-vagais e 35 (31,4%) foram urticária / angioedema. Prurido e rash cutâneo, febre e artralgia, e broncoespasmo foram menos frequentes, cerca de 3% cada. Quatro pacientes relataram parada cardíaca respiratória. Submetidos a testes com xilocina (97,8%), prilocina (1,1%) ou marcaina (1,1%), apenas 4 pacientes (4,5%) apresentaram os testes positivos, em contraposição a 86 (95,5%) cujos testes foram negativos.

CONCLUSÃO: Apesar de muitas histórias sugestivas, as reações alérgicas a anestésicos mediadas por IgE são raras.

P-119

FARMACODERMIAS: ANÁLISE CLÍNICA DE 172 PACIENTES COM MANIFESTAÇÕES CUTÂNEAS DE REAÇÕES ALÉRGICAS A MEDICAMENTOS

STABILE DS, RIOS JL, PEREIRA NF, RIOS JB
Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro

Objetivos, metodologias e resultados:

INTRODUÇÃO: Farmacodermia é definida como todo e qualquer quadro de manifestações cutâneas (pele e/ou mucosa), produzidas por uso de drogas. A incidência das reações aos medicamentos vem aumentando tanto pelo seu uso indiscriminado quanto pelo emprego de inúmeros novos produtos químicos, tornando a farmacodermia, uma patologia de difícil diagnóstico etiológico.

OBJETIVO: Descrever as apresentações clínicas mais frequentes e os principais fármacos envolvidos nas reações alérgicas cutâneas a medicamentos de pacientes que procuraram a Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro.

METODOLOGIA: Estudo retrospectivo de análise dos prontuários da Clínica de Alergia da Policlínica Geral do Rio de Janeiro no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2002. Foram selecionados todos os que apresentavam queixa ou história sugestiva de farmacodermia, num total de 172 pacientes de todas as faixas etárias.

O diagnóstico baseou-se em dados da anamnese e evolução clínica, como o tempo decorrido entre a utilização da droga e o aparecimento dos sintomas, episódios semelhantes precedidos de exposição ao mesmo fármaco e suspensão da droga seguida de melhora clínica.

RESULTADOS: O tempo decorrido entre a ingestão do medicamento suspeito e o aparecimento dos sintomas foi inferior a 7 dias em 55 pacientes (35,5%). No total, 92 pacientes (59,4%) apresentaram a reação em período inferior a 30 dias. As manifestações clínicas mais frequentemente observadas foram urticária e angioedema em 120 indivíduos (69,77%). Eritema isoladamente acometeu 31 indivíduos (18%), as fotodermatites foram diagnosticadas em 5 pacientes (2,9%) e eritema polimorfo em apenas 3 (1,7%). Na faixa etária de 1-20 anos de idade, urticária e angioedema representaram 93,1% das queixas.

Os analgésicos e AINH, em conjunto, foram responsáveis por 79,6% das reações. Diuréticos tiazídicos responderam por 5,8% dos casos e os Inibidores da ECA por 4,6%, enquanto reação a Penicilina foi constatada em apenas 3% dos pacientes.

P-120

ANAFILAXIA: CASTANHA DE CAJU. RELATO DE CASO

VALLE F, FERRARONI N, GRANUZZO M*, LOJA C.
Setor de Alergia e Imunologia Clínica do Serviço de Clínica Médica. Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro. *Call Clínica Lab.Ltda.

Paciente PFFR, 4a, branco, masculino, natural e procedente do Rio de Janeiro. Compareceu à consulta acompanhado da mãe. QP: dificuldade de engolir, sensação de aperto na garganta e angioedema de lábio minutos após ingestão de chocolate (Baton - Garoto®). Apresentava antecedente de alergia ao leite de vaca aos 5m de idade, dermatite atópica aos 18 meses de idade, urticária e angioedema labial e de orelha após ingestão de castanha de caju aos 22 meses; rinite alérgica. História familiar: pai com rinite, mãe asmática, avó materna asmática.

HPP: nada digno de nota. Hfisiológica: desenvolvimento psicomotor adequado para a idade.

Exames complementares: IgE específica: negativo para chocolate e sementes oleaginosas (amendoim, avelã, castanha-do-Pará, amêndoa, coco). Teste cutâneo de leitura imediata positivo para castanha de caju, e negativo para amendoim e chocolate.

Após o episódio, evidenciou-se que o chocolate da marca citada contém castanha de caju como um dos ingredientes. O paciente foi orientado novamente quanto à ingestão desta proteína, e quanto à medicação de emergência que deve ser utilizada caso necessário.

P-121

REAÇÃO DE HIPERSENSIBILIDADE A CEFALEXINA NA AUSÊNCIA DE REAÇÃO CRUZADA COM OUTROS BETA-LACTÂMICOS: RELATO DE CASO

OLIVEIRA SL, MALAMAN MF, MOTTA AA, CASTRO FFM, KALIL J
Serviço de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo

CSS, 31 anos, fem., auxiliar de enfermagem há 10 anos. Refere que há 1 ano e meio iniciou quadro de prurido na garganta, edema labial e palpebral, sensação de sufocação e chiado cerca de 15 minutos após manipular cefalexina suspensão oral para diluição. Foram 4 episódios no período e em todos, a paciente foi medicada em serviço de emergência com prometazina intramuscular e hidrocortisona endovenosa com resolução dos sintomas em algumas horas. Há 6 meses está afastada de suas funções e sem sintomas. Refere ter ingerido amoxicilina e penicilina benzatina neste período sem reações. Encaminhada ao ambulatório de Reações Adversas a Drogas do HC-FMUSP para a avaliação. Realizado teste cutâneo de leitura imediata com penicilina G potássica 10.000UI/ml e amoxicilina 2 e 20 mg/ml, todos com resultado negativo. Entretanto, foi positivo durante a punção na concentração de 0,2 mg/ml de cefalexina. Discussão: As reações cruzadas entre diferentes antibióticos do grupo dos beta-lactâmicos é descrita na literatura e varia entre as diferentes gerações de cefalosporinas. É decorrente da formação de anticorpos da classe IgE contra o anel beta-lactâmico comum a todos os antibióticos desta classe. Existem alguns casos de reações de hipersensibilidade isoladas a cefalosporinas devido à formação de anticorpos específicos contra as cadeias laterais destas drogas.

P-122

ANAFILAXIA APÓS O USO DE PENICILINA BENZATINA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE MANEJO E PREVENÇÃO.

DINIZ LC, OLIVEIRA DD, FAVACHO AJM, GUSMÃO CR, KALIL J
Departamento de Imunologia Clínica e Alergia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo-FMUSP.

O termo anafilaxia é definido como uma reação imediata sistêmica, mediada por anticorpos da classe IgE, com rápida liberação de potentes mediadores de mastócitos e basófilos. Apesar de inúmeras indicações precisas, existe um grande abuso em relação a utilização da penicilina benzatina, aumentando em muito o risco de reações anômalas com o uso desta droga, e a anafilaxia, constitui uma delas. O objetivo deste trabalho é apresentar uma revisão atualizada sobre manejo e prevenção das reações anafiláticas após o uso de penicilina benzatina. Este estudo foi feito através de revisão bibliográfica sobre o tema, abrangendo a literatura brasileira e internacional. A penicilina é uma das drogas mais utilizadas, devido seu largo espectro de ação, sua baixa toxicidade e preço acessível. Em pediatria, foi observado, que as reações alérgicas à penicilina mais frequentes são as manifestações cutâneas. As reações inesperadas às drogas nem sempre possuem mecanismos de causa alérgica, e a mesma manifestação clínica pode ter diferentes causas fundamentais. Observou-se que a presença de atopia ou história de alergia à penicilina não contra-indica seu uso, portanto o diagnóstico de alergia à essa droga deve ser adequadamente avaliado antes de excluir tal medicamento da prescrição médica. A identificação precoce e o tratamento imediato da reação anafilática são fundamentais, sendo a adrenalina a principal droga. O sucesso do tratamento depende do reconhecimento precoce e instituição imediata das medidas terapêuticas, pois a anafilaxia é uma situação de risco de vida. Uma vez estabelecido o diagnóstico, é essencial a prevenção de futuros episódios evitando a exposição ao agente implicado, bem como às substâncias que tenham reação cruzada com ele.

P-123

LACTENTE QUE SIBILA: EVOLUÇÃO CLÍNICA

ANDRADE, NVS; BALDAÇARA, RPC; CARVALHO, APE;
FERNANDES, FR; AUN, WT; MELLO, JF.

Serviço de Alergia e Imunologia do Hospital do Servidor Público Estadual – FMO /SP

Objetivo: Avaliar a evolução clínica e laboratorial para asma dos pacientes incluídos no protocolo da Síndrome do Lactente que Sibila instituído no serviço desde 1999. **Método:** Foram estudados 59 pacientes com diagnóstico clínico e laboratorial da Síndrome do Lactente que Sibila, divididos em 2 grupos, atópicos e não atópicos (sem evidência até o momento de IgE específica para alérgenos). **Resultado:** Foram estudados 59 pacientes, sendo 24 (40,7%) excluídos por motivos diversos: mudança de domicílio, impossibilidade de convocação, falta de aderência na condução do protocolo e não completaram um ano de evolução e estão com os exames diagnósticos incompletos 5 pacientes (20,8%). Assim trinta e seis pacientes foram selecionados para acompanhamento, 8 (22,2%) pacientes incluídos em 2003 e 28 (77,8%) em 1999, sendo realizada reavaliação clínica e laboratorial após período que variou entre 1 a 5 anos. Vinte pacientes (55,6%) eram do sexo masculino. A idade atual dos pacientes variou entre 1 ano e 9 meses a 8 anos e 6 meses. A idade de início dos sintomas variou entre 1 mês a 1 ano e 10 meses. Dezesesseis pacientes (44,4%) são atópicos, a análise deste grupo evidenciou: 13 (81,3%) com antecedentes familiares alérgicos, 12 (75%) evoluíram com outros sintomas alérgicos, 15 (93,8%) tiveram diminuição da frequência dos sintomas pulmonares, sendo que 14 (87,5%) foram posteriormente classificados como asma brônquica. Quanto à medicação, 5 (31,3%) estão em uso atualmente de medicamentos profiláticos, e 4 (25%) iniciaram imunoterapia específica. Treze pacientes (36,1%) foram classificados como não atópicos, ao analisarmos este grupo observamos: antecedentes familiares de atopia em todos, 11 (84,6%) evoluíram com outros sintomas alérgicos associados, 12 (92,3%) com diminuição da frequência dos sintomas pulmonares, 10 (76,9%) foram classificados como asma brônquica, 1 (7,7%) como não asmático e 2 (15,4%) ainda na idade de lactente que sibila. Quanto a medicação, 3 (23%) utilizam medicamentos profiláticos. **Discussão:** Após seguimento clínico-laboratorial observou-se que 44,4% dos lactentes evoluíram com diagnóstico de doença alérgica. A maioria dos pacientes (75%) evoluiu com melhora do padrão dos sintomas relacionados às vias aéreas inferiores independente do diagnóstico de atopia. Observou-se uma grande incidência 72,2% de antecedentes familiares alérgicos tanto entre atópicos como entre não atópicos.